LA

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/clinique-ophtalmologique_1904-01-10_10_1

LA

Clinique Ophtalmologique

JOURNAL INTERNATIONAL DE CLINIQUE & DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRES

PARAISSANT TOUS LES 15 JOURS

16915

Publié { à Paris, par les Drs **JOCQS** et **DARIER**.
à Stuttgart, par le Pr **KÖNIGSHÖFER** et le Dr **ZIMMERMANN**.

Fondée par le Dr R. JOCQS

ANNÉE 1902

TOME HUITIÈME

PARIS

9, RUE BUFFAULT

—

1902

BOSTON MEDICAL
FEB 4 1919
LIBRARY

CATALOGUED
FEB 4 1919
M.C.

FEB 4 1919 LIBRARY

AVIS

Nous prions nos **abonnés** de bien vouloir nous faire parvenir le plus tôt possible le montant de leur abonnement par « **MANDAT-CARTE** », ce qui leur évitera les frais de correspondance et de remboursement.

PRIME A NOS NOUVEAUX ABONNÉS

Désireux de compter au nombre de nos abonnés et de nos collaborateurs tous les médecins qui s'occupent des maladies des yeux nous faisons tous nos efforts pour rendre notre journal aussi intéressant que possible.

Notre programme a toujours été l'OBSERVATION CLINIQUE et les RECHERCHES THÉRAPEUTIQUES ; nous tenons aussi à être les premiers à informer nos lecteurs de tout ce qui se fait de nouveau dans le monde ophtalmologique.

Le praticien comme l'oculiste a donc tout intérêt à devenir notre abonné et notre collaborateur en nous envoyant de temps à autre quelqu'observation clinique ou quelques notes thérapeutiques.

A nos nouveaux abonnés nous sommes heureux de pouvoir offrir comme prime les

LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE OCULAIRE

du Dr A. DARIER (2e édition)

au prix de **6** francs au lieu de **12** fr.

TRAVAUX ORIGINAUX

I

Etude sur la dionine, son emploi en thérapeutique oculaire.

Par M. A. Darier.

Une thèse fort intéressante a été dernièrement soutenue sur ce sujet devant la Faculté de Médecine de Lyon par le Dr Soulier. C'est un travail appuyé à la fois sur des recherches expérimentales faites au laboratoire de thérapeutique de la Faculté sous la direction de M. le Dr Guinard, et sur des observations cliniques recueillies dans le service Ophtalmologique du professeur Gayet.

Nous sommes très heureux de voir que ce qui a le plus frappé l'auteur de cette thèse, c'est la *propriété analgésiante profonde et de longue durée* qu'on doit reconnaître à la Dionine dans la plupart des affections douloureuses de l'œil.

Ici je me permettrai de faire une observation à M. Soulier, qui dit que M. Wolffberg a aussi signalé l'action analgésiante de la Dionine. C'est là une affirmation que Wolffberg lui-même ne soutiendrait pas. Car il n'est nulle part question d'analgésie dans les publications de cet auteur, et j'ai dû éplucher soigneusement toutes ses observations pour trouver que dans quelques cas W. avait noté que, depuis l'application de la Dionine, le *malade avait moins souffert*, par le fait de l'atténuation du processus pathologique ; mais nulle part dans les travaux de Wolffberg on ne trouve qu'il ait administré la Dionine systématiquement pour combattre l'élément douleur *comme je l'ai fait le premier*.

En revanche, Wolffberg et Soulier prétendent que la Dionine a un *pouvoir anesthésique manifeste sur la cornée* et sur la conjonctive. Certes, la sensibilité est émoussée ; mais qu'on essaie, comme j'ai voulu le faire, d'extraire un corps étranger et l'on verra combien faible est cette prétendue anesthésie, qui n'est

VALERIANATE PIERLOT
PUISSANT ANTISPASMODIQUE
neurasthénie, spasmes de l'accommodation, tics de la face et des paupières, névroses, etc
LANCELOT ✲ et Cie, pharmaciens, 26, rue Saint-Claude, PARIS

en rien comparable à celle produite par la cocaïne.

Il n'y avait pas grand mérite à constater la propriété analgésiante de la Dionine que j'ai retrouvée du reste dans presque tous les dérivés de la morphine (1). C'est le hasard de l'observation qui nous y a mené ; c'est lui aussi qui nous a valu la découverte de la cocaïne et de tant d'autres médicaments ; néanmoins, il est juste de rendre ce petit mérite de la découverte à qui l'a bien établie et rendue pratique. L'entr'apercevoir sans en tirer profit ne présente qu'un bien moindre intérêt.

Jusqu'ici on a *trop confondu analgésie avec anesthésie*. Le plus souvent, il est vrai, l'anesthésie implique l'analgésie, mais il faut pour cela que l'anesthésie soit profonde et même générale, comme celle que nous fournissent l'éther, le chloroforme et tous les anesthésiques généraux.

Ne savons-nous pas qu'une partie de notre surface cutanée peut être anesthésique alors que peuvent être ressenties au même lieu des douleurs violentes ?

La cocaïne et les autres anesthésiques locaux, eucaïne, holocaïne, etc., ne portent leur action que sur les éléments nerveux au contact desquels ils parviennent. Ils peuvent très bien provoquer une anesthésie allant jusqu'à l'analgésie : telles les injections de cocaïne le long du nerf sciatique, telles les injections rachidiennes pendant l'accouchement, ou les opérations portant sur les deux tiers inférieurs du corps.

Mais vous n'arriverez pas par des instillations de cocaïne à calmer les douleurs violentes de l'iridocyclite, du glaucome, de l'épisclérite, etc... Vous exagérerez plutôt ces douleurs en les compliquant d'insomnie, tandis que vous les calmerez presque toujours par des instillations répétées de Dionine.

En revanche, *la Dionine ne produit que peu ou point d'anesthésie* ; un œil calmé de ses douleurs profondes par la Dionine sentira très bien le contact, la piqûre, le pincement ou les cautérisations. C'est exactement le contraire de ce qu'on observe pour la cocaïne qui, en même temps qu'elle éteint la sensibilité périphérique, excite et stimule les centres psychomoteurs.

La Dionine, a une action sédative très marquée sur les centres ; c'est ce qui nous explique le fait si fréquent que nous signalent les malades en nous disant qu'ils ont profondément dormi à la suite des premières et abondantes instillations de Dionine. Le fait est surtout très manifeste chez les nourrissons qui dorment au point d'oublier leur tétée.

Cette action soporifique de la Dionine appliquée localement dans l'œil est pour moi la preuve de la pénétration de cette substance jusque dans la cavité crânienne à travers les espaces lymphatiques péri-oculaires. Car ces mêmes doses en injection hypodermique ne provoquent pas le sommeil (1). C'est là encore une des preuves les plus évidentes de l'importance de la thérapeutique locale par les injections sous la conjonctive.

M. Soulier reconnaît du reste, plus loin, que Wolffberg a tiré de ses essais avec la Dionine des conclusions où il n'est nullement question d'analgésie ; il les cite ainsi :

1° L'action particulière de la Dionine sur l'œil explique son utilité dans les affections de la cornée ;

2° La Dionine est à recommander dans le traitement des plaies oculaires accidentelles ou opératoires.

3° Son emploi est d'un grand secours dans le traitement de la cataracte.

Dans mes premiers travaux sur la Dionine j'avais discuté ces conclusions de Wolffberg en faisant quelques réserves pour l'avenir. Aujourd'hui, je puis affirmer que l'action lymphagogue de la Dionine, jointe à son action antiseptique très manifeste, fait de cet agent un moyen des plus précieux pour hâter la cicatrisation des plaies et prévenir les infections. Je suis heureux aussi de reconnaître avec Wolffberg que la Dionine rend les plus grands services dans le traitement des opérés de cataracte et je suis obligé de lui reconnaître une action résolutive puissante sur les masses cristalliniennes, sur les exsudats, sur les hémorrhagies etc.., en même temps et par ce fait elle aide à provoquer la mydriase (2).

Toutes ces intéressantes propriétés jointes à son action analgésiante puissante et de longue durée font de la *Dionine un des médica-*

(1) Voir Darier : *Leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes* (1 volume grand in-8°. Paris, 9, rue Buffault)

(1) Voir pour plus de détails *loco citato*, pages 36, 37 et 66, 67, etc...

(2) *Loco citato*, pages 101 et suivantes.

ments les plus précieux que la chimie moderne ait introduits dans notre arsenal thérapeutique.

*
* *

M. Soulier dans sa thèse présente :

1° Une observation de *zona ophtalmique* avec infiltration cornéenne et très fortes douleurs qui sont assez bien calmées par la Dionine ;

2° *Ulcère de la cornée* avec très fortes douleurs bientôt calmées par la Dionine ;

3° *Abcès de la cornée* avec douleurs intra et périorbitaires empêchant le malade de dormir ; ces douleurs cessent dès les premières instillations de Dionine ; plus d'insomnie ;

4° *Glaucome opéré par iridectomie.* La malade souffrant beaucoup, on instille de la Dionine qui calme les douleurs et ramène le sommeil.

5° *Extraction à l'aimant d'un corps étranger* du limbe scléro-cornéen. Au bout de quelques jours, douleurs profondes empêchant le malade de dormir, la Dionine amène une rapide cessation des douleurs ;

6° *Iridochoroïdite* avec poussées douloureuses bien calmées par la Dionine.

7° *Kératite tuberculeuse.* Le malade souffrait beaucoup ; ici encore la dionine procura un soulagement, mais il ne fut que temporaire.

8° *Iritis rhumatismale* avec douleurs intolérables non calmées par l'atropine, le salicylate l'antipyrine, ni les injections de morphine ; la dionine calme rapidement les douleurs. 4 mois plus tard, nouvelle poussée avec douleurs calmées dès le premier jour par la dionine.

9° *Iritis après opération de cataracte* ; action résolutive manifeste de la dionine,

10° *Infection post opératoire légère* : la dionine jointe aux injections sous-conjonctivales a une action favorable.

Ces observations sont peu nombreuses, mais assez concluantes. M. Soulier ne nous dit pas s'il a employé la dionine dans d'autres cas, sans succès.

Il est tout naturel de citer surtout des observations affirmatives, car les faits négatifs ne peuvent les infirmer. Néanmoins, il est intéressant de connaître aussi les insuccès qui pourront nous aider à poser des indications plus précises.

A une séance de la *Société d'ophtalmologie de Paris*, j'ai été surpris d'entendre dire au Dr Terson, qu'il n'avait obtenu aucune action analgésiante de la dionine dans l'iritis, alors que dans le glaucome il avait obtenu un résultat remarquable.

Certainement, il n'est pas possible d'amener dans tous les cas la cessation des douleurs par de simples applications locales d'un analgésique qui, nous le savons, a une action très variable suivant les idiosyncrasies ; mais il est bien intéressant déjà d'avoir trouvé un analgésique local capable de réussir, ne fût-ce que dans la moitié des cas. Et qui nous dit que, des observations de nombreux cliniciens, ne naîtront pas des indications nous permettant d'établir un déterminisme précis des cas où le succès sera certain ? Nous arriverons peut-être aussi à trouver d'autres analgésiques capables d'agir là où la dionine est restée sans effet.

Qui sait encore si dans les cas où des instillations de dionine sont restées sans effet, il ne sera pas possible d'obtenir une analgésie durable par injections sous-conjonctivales, ou rétrobulbaires, ou sous-cutanées de cette même substance ? Deux cas de ce genre ont été déjà publiés [Darier (1), Gaupillat (2).]

Tout un champ nouveau d'expériences et d'observations nous est ouvert.

Pour comprendre dans quels cas la dionine peut exercer son action analgésiante, il faudrait savoir d'abord par quel mécanisme se produit son action.

Comme tous les dérivés de la morphine, la dionine, qui n'est qu'un chlorhydrate de l'éthylmorphine, a une action calmante très marquée sur les centres nerveux, sans provoquer jamais de phénomènes convulsivants comme ceux provoqués par la morphine.

Nos recherches sur l'action locale de différent sels de morphine sur l'œil nous ont donné la preuve que ces sels absorbés par la surface oculaire pénètrent jusque dans la cavité crânienne où elles exercent une action puissante sur les centres psychomoteurs (3). Il y a cessation de douleurs et même quelquefois, comme nous l'avons déjà dit, tendance mar-

(1) La *Clinique ophtalmologique*, 1901, page 311.
(2) id. id 1901, page 360.
(3) *Leçon de thérapeutique*, page 37.

quée au sommeil, avec des doses infinitésimales qui, en injection hypodermique sur une partie quelconque du corps, n'eussent produit aucun effet analgésique ou narcotique.

La dionine a donc, c'est indéniable, une action très marquée sur les centres ; mais elle a en outre une action évidente sur les terminaisons nerveuses de la cornée, de la conjonctive et du tractus uvéal, ce qui peut avoir une importance capitale quand il s'agit de lésions peu profondes.

Tout cela nous permettrait d'expliquer comment la dionine peut calmer des douleurs oculaires même très violentes : mais, ce qui est bien plus difficile à comprendre, c'est son action à longue portée qui fait que dans certains cas la dionine *fait cesser pour toujours* des douleurs qui jusque-là avaient résisté à toutes les médications : telles les douleurs si terribles et si persistantes de certains glaucomes, de certaines iridocyclites, etc. (Darier, Simi, Terson, Gaupillat.)

Il serait bien simple de dire que c'est là une affaire de pur hasard ; mais le fait s'est répété si souvent et dans des circonstances si variées que le hasard doit être éliminé.

Or nous savons que la dionine a été exclusivement vantée par Wolffberg comme un lymphagogue puissant, stimulant les échanges nutritifs, modifiant ainsi puissamment la tension intra-oculaire. La quantité très notable de liquide soustraite par l'action hydragogue de la dionine peut très bien expliquer la décongestion des procès ciliaires et la décompression des filets nerveux en souffrance.

N'est-ce pas là un moyen bien simple d'expliquer la durée de l'analgésie : *sublata causa*, la douleur ne reparaît pas. Et c'est là, nous ne saurions trop le répéter, ce qui fait de la dionine un médicament de tout premier ordre par sa double action lymphagogue et analgésiante.

On a aussi voulu comparer l'action de la dionine à celle du vésicatoire ; il y a du vrai en temps qu'action lymphagogue et révulsive. Mais alors comment expliquer les cas où la douleur est calmée par des instillations de solutions à 1 % incapables de produire le moindre effet révulsif ?

Pour nous, la *dionine agit comme analgésique en pénétrant dans la profondeur des espaces lymphatiques où elle vient en contact avec les extrémités nerveuses et petit à petit avec les centres eux-mêmes. Son action lymphagogue et antiseptique contribue en outre à l'atténuation du processus morbide.*

C'est à peu près la conclusion à la quelle arrive M. Soulier dans sa thèse ; il dit :

« En thérapeutique oculaire, la dionine possède une action analgésiante particulière, *très profonde et très durable*, due à l'absorption du médicament par la conjonctive. A côté de cette action, elle en possède une autre par laquelle elle exerce une excitation sur l'endothélium des capillaires conjonctivaux (Wolffberg) et agirait ainsi comme un lymphagogue dans le sens d'Heidenhain.

« Elle doit être employée :

« 1° dans tous les cas où l'on veut calmer les douleurs violentes sur lesquelles les anesthésiques locaux connus jusqu'à ce jour sont restés sans action : *iritis, iridocyclites, ulcères, kératites, glaucomes*, etc...

« 2° lorsqu'il s'agit d'activer la nutrition des tissus, d'accélérer la résorption des exsudats pupillaires, et de favoriser la mydriase.

« La solution qu'il nous semble préférable d'employer est celle à 2 %. On peut en utiliser de plus fortes sans craindre d'accidents toxiques ; nos recherches sur les animaux, nous ont montré que la toxicité de la dionine était relativement faible. »

Il serait trop long d'entrer ici dans le détail des indications des doses et des formules qui se prêtent le mieux à l'emploi de la Dionine ; c'est là une question très importante et nous ne pouvons pour cela que renvoyer à nos *Leçons de thérapeutique* où les indications de la dionine sont données à propos de chaque affection où son emploi est indiqué.

II

De l'emploi de l'iodipine en thérapeutique oculaire par le Dr von Hymmen

assistant à la Clinique du Dr Zimmermann à Stuttgart.

Depuis la communication de Pagenstecher (1) sur les effets obtenus par *l'iodure de potassium à hautes doses*, dans les cas où les doses ordinaires étaient restées sans effet, cette thérapeutique a trouvé beaucoup d'adeptes chez les ophtalmologistes. Pagenstecher

(1) *Klinische Monatsblaetterf. Augenheilk.*, XXXV.

a déjà fait remarquer que des doses de 20 à 25 grammes d'iodure de sodium ou d'iodure de potassium, administrées à des malades qui n'avaient pu supporter de faibles doses sans phénomènes d'intolérance, étaient beaucoup mieux tolérées que ces dernières.

Néanmoins, il est des cas d'idiosyncrasies particulières où l'on ne peut facilement avoir recours sans dangers aux préparations iodées à hautes doses.

En outre des troubles gastro-intestinaux souvent très marqués, on observe, dans l'iodisme des phénomènes inflammatoires du côté des paupières (œdème) et des conjonctives (conjonctivites) qui ne sont pas sans importance et pour le malade et pour le médecin.

A la suite des travaux de Winternitz (1) sur les transformations des substances grasses iodées dans l'organisme, la maison Merck, de Darmstadt, présenta au monde médical une combinaison d'iode avec l'huile de sésame qui acquit promptement une grande importance sous le nom d'*iodipine*.

Cette nouvelle préparation a l'avantage de traverser l'estomac sans subir d'altération et de n'être modifiée et absorbée que dans le tube intestinal. A l'encontre de l'IK qui en 24 heures est complètement éliminé, l'iodipine est déposée dans les tissus graisseux pour n'être éliminée que lentement et petit à petit.

Par des expériences sur les animaux, Winternitz a montré que cette substance, absorbée par l'estomac ou par la peau, se dépose dans les différents organes (moelle osseuse, foie, muscles, etc.) et que, 53 jours après la dernière dose, on a trouvé encore des traces d'iode dans l'urine.

A l'encontre de ce qui arrive pour l'iodure de potassium, après l'administration de l'iodipine par injections hypodermiques, on ne trouve l'iode dans l'urine qu'après 2 ou 3 jours ; après ingestion par la bouche, on n'a d'iode dans l'urine qu'après 24 heures.

Le pouvoir thérapeutique de l'iodipine s'expliquerait facilement par son élimination lente sans aucun phénomène d'iodisme.

On prescrit l'iodipine à l'intérieur à 10 0/0 à la dose de 3 cuillerées à soupe (2 gr. d'iode par jour) et l'on n'observe pas le moindre phénomène d'irritation des muqueuses. La sensation de goût métallique dans la bouche ne se fait sentir que quand la dernière dose a été prise, dans la soirée. En la prenant dans l'après-midi, on évite ce léger inconvénient et les malades ne se plaignent plus de lourdeur d'estomac.

Le goût de l'huile peut être évité par l'emploi de capsules de gélatine.

Les injections hypodermiques d'iodipine présentent de grands avantages. D'abord, on évite toute réaction du côté du tractus intestinal, puis le traitement peut être ainsi grandement abrégé. Dix injections de 10 à 15 cc. d'iodipine à 25 0/0 correspondent à un traitement interne de 2 à 3 mois. Les injections peuvent être pratiquées tous les 2 à 3 jours, soit dans la région interscapulaire, soit aux bras mais pas dans la région fessière (pourquoi ?) Les infections et les abcès n'ont pas été observés ; la douleur est à peu près nulle.

D'une manière générale, on ne peut que confirmer ce qu'a dit *Klingmuller* (1) au sujet de l'innocuité complète de l'iodipine et de son action thérapeutique très remarquable. Dans quelques cas, l'administration par la bouche provoque un peu de diarrhée qui disparaît bien tôt spontanément. On a vu des malades prendre de l'iodipine pendant 6 ou 7 mois sans inconvénient.

Par la voie sous-cutanée, aucun inconvénient d'aucune sorte n'a été signalé jusqu'à ce jour.

Un troisième mode d'emploi de l'iodipine a été recommandé par Radestock de Dresden, ce sont les inonctions cutanées, que nous n'avons pas essayées, ne pensant pas que les graisses iodées puissent être absorbées par la peau.

La littérature de l'iodipine est déjà assez considérable et presque tous les auteurs ont relaté de bons effets de cette thérapeutique et dans la médecine générale (asthme bronchique, emphysème, affections scrofuleuses, etc.) et surtout dans la médication spécifique, surtout dans les formes tardives de la syphilis. On trouvera toutes les indications bibliographiques dans le travail de Wange : De l'emploi de l'iodipine en thérapeutique. (*Correspondenzbl. des Allg. Reizl. Vereins von Turingen*, 1901, n°6).

En ce qui concerne l'emploi de l'iodipine en oculistique, il n'y a que peu de travaux pu-

(2) *Zeitschrift f. physiol. Chemie*, 1893.

(1) De l'iodipine en injections sous-cutanées dans la syphilis tertiaire. (*Berliner Klin. Woch.*, n° 23, 1899.)

bliés. Les observations personnelles que nous avons recueillies n'ont pas seulement rapport aux affections syphilitiques de l'œil, nous avons également soigné par ce moyen tous les cas où la médication iodée est généralement recommandée, et plus particulièrement les cas de tumeurs, dans lesquels les hautes doses de I K ont déjà donné de bons résultats à Pagenstecker.

Nous avons aussi, au cours de nos observations oculaires, pu constater les bons effets de l'iodipine et confirmer les assertions d'autres auteurs. Ainsi nous avons entendu maints asthmatiques nous dire qu'ils se trouvaient beaucoup mieux de l'iodipine que de l'iodure de potassium qu'ils avaient antérieurement employé.

Dans un cas de péri et paramétrite avec poussées fréquentes de péritonite localisée, l'emploi régulier et prolongé de l'iodipine amena une amélioration très marquée.

Les observations recueillies à notre clinique s'élèvent à plus de cent dans l'espace de deux ans. Entrer dans leur détail serait trop long ; nous voulons seulement ici en tirer les indications thérapeutiques des cas où l'effet favorable peut être attribué à la médication iodée.

Dans un seul cas, chez une femme âgée de 66 ans, après 5 mois d'administration de l'iodipine à l'intérieur, survint un dégoût marqué pour cette médication.

Dans divers cas d'affections oculaires scrofuleuses qui s'étaient montrées rebelles au traitement classique, l'iodipine, au bout de quelques semaines, faisait disparaître non seulement la maladie oculaire, mais amenait une fonte rapide des ganglions cervicaux et une amélioration très marquée de l'état général.

Dans quelques cas de *kératites parenchymateuses* hérédo-spécifiques où un traitement prolongé par l'iodure de potassium était resté sans effet, on observa une amélioration subite après l'emploi de l'iodipine. Il est vrai de dire que, dans cette affection, une amélioration spontanée se produit souvent sans qu'on puisse affirmer qu'elle est la conséquence du traitement.

Dans les *inflammations chroniques de l'uvée*, de même que dans certains troubles du corps vitré consécutifs à la myopie, l'usage prolongé de l'iodipine a une action très favorable.

Un cas de *sclérite profonde*, d'étiologie obscure, mais sûrement pas syphilitique, l'iodipine seule finit par amener la guérison alors que tous les traitements habituels étaient restés sans effet.

La malade atteinte de paramétrite dont nous avons parlé était originellement soignée pour un trouble du corps vitré qui disparut complètement après 4 ou 5 mois de traitement par l'iodipine. Un autre cas de trouble circonscrit du corps vitré chez une femme de 35 ans fut guéri de la même façon.

Au contraire, chez un malade atteint de troubles diffus du vitré suite de glaucome, on n'obtint aucun résultat par les injections d'iodipine à 25 °/₀.

Chez une femme de 40 ans opérée de myopie, l'iodure de potassium ne hâtant pas manifestement la résorption des masses cristalliniennes, on put voir assez nettement la résorption se produire sous l'influence de 5 cuillérées à soupe d'iodipine par jour. Il en fut de même pour un opéré de 23 ans.

Dans un cas de parésie chronique de l'abducens où l'IK resta sans résultat pendant 18 mois, il y eut amélioration manifeste par les injections sous-cutanées d'iodipine.

Nous croyons pouvoir conclure que l'iodipine est supportée sans aucun inconvénient objectif ou subjectif et que ses effets thérapeutiques se font sentir même dans les cas où l'IK. est resté sans action, aussi bien que dans ceux où ce dernier agent n'est pas supporté.

En terminant, nous remercions notre maître, le Dr Zimmermann, d'avoir bien voulu nous laisser publier les résultats ci-dessus.

III

Valeur comparée de la radiographie et de la radioscopie pour la détermination du siège des corps étrangers dans l'orbite.

par MM. F. Terrien et Béclère

L'application de la découverte de Rœntgen à l'organe de la vision rencontra une série de difficultés fort bien étudiées par M. Bourgeois dans une communication récente à la *Société française d'opthalmologie* (1). La radiogra-

(1) Bourgeois. — Quelques expertises radiographiques, à propos de corps étrangers de l'œil et de l'orbite (*Soc. fr. d'ophtalmologie*, mai 1901.)

phie de précision est presque toujours inapplicable et la radiographie pratique donne souvent des renseignements insuffisants. Nous ne voulons pas méconnaître ici les très intéressants résultats obtenus par M. Bourgeois à la suite des mensurations qu'il préconise, en se servant des points de repère imaginés par M. Boucheron. Sans doute, ces résultats ne sont pas rigoureusement mathématiques, car il existe plusieurs causes d'erreur, en particulier celles provenant de la difficulté qu'il y a à déterminer exactement le siège et les dimensions du globe oculaire. Ils méritent néanmoins d'être retenus.

Mais à côté de la radiographie, il est un autre procédé plus simple, la radioscopie, donnant des résultats immédiats et qui nous semble avoir été méconnu par M. Bourgeois, lorsqu'il dit dans le travail précédemment cité : « En ophtalmologie, la radioscopie ne rend pas de grands services. Outre qu'elle ne décèle pas les corps étrangers d'un petit volume, elle ne permet pas de localiser nettement le siège du corps étranger. C'est donc à la seule radiographie que l'on aura recours ».

Ceci nous paraît exagéré. Dans l'observation que nous rapportons, l'examen radioscopique permet beaucoup mieux que la radiographie de localiser le siège du corps étranger.

Observation. M..... âgé de 34 ans, vient nous consulter le 24 octobre pour un accident de chasse survenu à l'œil droit le mardi 22 octobre à trois heures de l'après-midi. Le blessé avait reçu, à 40 mètres de distance environ, deux plombs, l'un dans la joue droite, au niveau de la région malaire, l'autre dans la paupière supérieure gauche. Aussitôt après l'accident, le blessé ne vit plus rien de l'œil gauche, puis, le soir même, il commençait à distinguer un peu de cet œil et deux jours après, le 24, au moment de l'examen, l'acuité visuelle de cet œil est de 1/8.

On constate, au niveau de la région malaire droite, à deux centimètres environ au-dessous du rebord orbitaire, la marque d'un premier plomb qui, au dire du malade, n'aurait pas pénétré et serait resté à fleur de peau. La trace du second plomb se trouve au niveau de la partie médiane de la paupière supérieure gauche, encore légèrement ecchymotique et qui, aussitôt après l'accident, avait été très œdématiée. Le plomb était donc arrivé très obliquement par rapport au blessé. Celui-ci raconte, en effet, que l'auteur de l'accident était placé à sa droite, à 40 mètres environ de distance, et ce n'est que parceque lui-même avait tourné la tête de ce côté, au moment où le coup était tiré, que le plomb avait dû l'intéresser. Le plomb employé était du n° 5 des armuriers.

On pouvait donc se demander s'il ne s'agissait pas simplement d'une violente contusion oculaire déterminée par le choc du plomb sur le globe à travers la paupière supérieure, Immédiatement au-dessous de celle-ci, en effet, toute la région épisclérale supéro-externe était largement infiltrée de sang et la muqueuse conjonctivale soulevée par l'exsudat hémorrhagique. L'iris, de ce côté, présentait une légère teinte verdâtre contrastant avec la couleur bleue du côté sain, ce qui semblait indiquer la présence d'une hémorrhagie intra-oculaire. La tension intra-oculaire semblait normale et ne paraissait pas inférieure à celle du côté droit. La pupille réagit bien à la lumière, et les milieux, très légèrement troubles, permettent cependant d'apercevoir la papille qui ne présente pas de lésions. Mais après dilatation de la pupille par l'atropine, si on fait regarder le malade très fortement en haut et en dehors vers la gauche, on aperçoit à ce niveau, au point correspondant à la région intéressée, un large foyer d'hémorrhagie rétinienne et choroïdienne, non loin de l'ora serrata. Aucune trace de grain de plomb dans l'œil.

La paupière supérieure ayant été de nouveau examinée et retournée, on put constater qu'elle était perforée de part en part au niveau du cartilage tarse. Le plomb était donc arrivé avec une assez grande force et se trouvait dans l'orbite, contrairement à ce qu'on pouvait penser au début. En présence des commémoratifs, du peu de réaction du globe et du résultat négatif de l'examen ophtalmoscopique, on pouvait supposer que le plomb, arrivé très obliquement sur la paupière supérieure gauche qu'il avait perforée, avait pénétré sous la conjonctive, intéressant tangentiellement la paroi sclérale du globe oculaire, d'où l'hémorrhagie rétino-choroïdienne observée, et était allé se loger dans la partie externe de l'orbite. Mais on ne pouvait l'affirmer et l'examen radiographique s'imposait. Celui-ci fut pratiqué le jour même par M. Béclère, et voici le résultat de cet examen :

Le blessé, placé de profil, est soumis à l'examen radioscopique, la joue gauche appuyée

contre l'écran fluorescent. L'ampoule radiogène est disposée de telle sorte que la perpendiculaire abaissée du foyer d'émission des rayons de Rœntgen sur l'écran passe par les deux globes oculaires ; l'ouverture du diaphragme-iris placé au devant de l'ampoule est serrée de manière à ce que l'image radioscopique de la région de l'orbite apparaisse seule sur l'écran ; c'est le moyen d'obtenir cette image avec le plus de précision et de netteté possible.

Dans ces conditions, on distingue facilement sur la zone claire qui correspond à l'orbite une petite ombre anormale très sombre et parfaitement arrondie qui révèle la présence du corps étranger. C'est la preuve certaine que le grain de plomb est dans l'orbite. D'ailleurs, on constate nettement au niveau de la région malaire droite un second plomb, situé assez profondément, contrairement à ce que pensait le malade, qui supposait que ce deuxième plomb n'avait pas pénétré. Mais le plomb de l'orbite est-il à l'intérieur ou à l'extérieur du globe oculaire ? Pour répondre à cette question, on invite le malade à regarder alternativement en haut et en bas, tout en ayant soin de ne pas bouger la tête ; on s'assure qu'il exécute bien les mouvements demandés et fait décrire au globe oculaire une rotation d'une notable amplitude. Cependant on constate sur l'écran fluorescent que l'ombre du grain de plomb demeure tout à fait immobile. Si le corps étranger n'est pas au centre de l'œil, et l'ophtalmoscope a montré qu'il n'y était pas, c'est la preuve certaine qu'il est situé en dehors du globe oculaire. Le problème est ainsi résolu.

Une radiographie stéréoscopique a été faite ensuite qui a donné au blessé la satisfaction d'apercevoir lui-même l'image en relief de son crâne avec le grain de plomb logé dans l'orbite. Il n'en est pas moins vrai que, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, l'examen radioscopique qui permet d'observer les organes en mouvement a donné, mieux que n'aurait pu le faire une simple radiographie, la solution cherchée.

IV

Traitement des kératites par l'électolyse,

par le Dr E. Gallemaerts, de Bruxelles.

En appliquant l'électrolyse au traitement du trachome, j'avais, à différentes reprises, promené la fourchette de de Wecker sur des cornées recouvertes d'un pannus plus ou moins étendu ; ayant constaté que cette manière de procéder donnait des résultats favorables, amenait la disparition assez rapide des vaisseaux, et en tous cas n'apportait aucune aggravation à l'état de mes malades, je m'étais demandé si l'électrolyse unipolaire ne pourrait pas être appliquée au traitement du pannus strumeux. J'ai donc commencé à choisir quelques cas anciens, à lésions très étendues ; un des premiers fut celui d'une jeune fille de 16 ans, atteinte de pannus strumeux aux deux yeux, et malade depuis plus de trois ans ; les deux cornées étaient complètement vascularisées ; il y avait une forte photophobie ; la vision était réduite à 1/25 à gauche et 1/16 à droite ; l'électrolyse est faite sous le chloroforme, et les deux cornées sont électrolysées à la fourchette de de Wecker avec un courant de 3 milliampères, le négatif étant sur l'œil ; l'électrolyse cornéenne se fait rapidement, l'électrolyse péricornéenne est faite plus profondément. Le lendemain pas de réaction ; deux jours après, la vision est de 1/8 à droite et reste à 1/25 à gauche ; cette vision s'est maintenue jusqu'ici dans le même état ; les vaisseaux de la cornée ont disparu.

Cette tentative heureuse me rendit plus hardi ; j'appliquai l'électrolyse lorsque le pannus strumeux n'occupait qu'un segment de la cornée dans les cas de kératite en bandelette, et enfin j'en suis arrivé à employer l'électrolyse pour les ulcères de la cornée, chez les enfants scrofuleux, lorsqu'il y a une forte photophobie et que l'affection traîne depuis des semaines ou des mois ; dans ces derniers cas, l'électrolyse ne se fait plus avec toute la fourchette de de Wecker mais avec une des dents seulement.

Je ne rapporterai pas par le détail tous les cas, ce sont pour la plupart des observations banales. J'ai appliqué le traitement à une trentaine de cas ; je ne tiens pas compte ici des pannus granuleux ; des enfants et des adultes ont été soignés par l'électrolyse. Dans aucun cas, il n'y a eu d'aggravation après l'électrolyse ; la plupart ont été améliorés très rapidement, au moins aussi rapidement que par d'autres moyens, et cela au bout d'une seule application de l'électrode ; on peut sans inconvénient recommencer l'électrolyse au bout de quelques jours. C'est surtout contre la photo-

phobie que l'électrolyse agit le plus favorablement ; on voit des enfants qui, depuis des semaines sont restés les yeux fermés, reprendre leurs jeux, parfois 24 heures après l'intervention : j'ai, dans différents cas, employé l'électrolyse seule, et j'ai fait la même constatation.

Je ne conseille pas d'employer l'électrolyse au début des kératites ulcéreuses, lorsqu'il y a une forte hyperhémie conjonctivale ; l'électrolyse n'amène pas alors de changement notable.

Pour me rendre compte de l'action produite sur la cornée par l'électrolyse, j'ai fait, avec mon assistant, M. le docteur Soosfelt, des expériences chez le lapin.

Nous nous sommes servis de la fourche de Wecker, dont nous n'utilisons qu'une dent, le négatif est placé sur l'œil ; le pôle positif est appliqué dans le pavillon de l'oreille correspondante ; avec un courant de 4 milliampères (intensité dont nous nous servons pour l'électrolyse des granulations) appliqué pendant 15 secondes sur la cornée du lapin, on produit une infiltration blanche qui s'entoure d'un halo blanchâtre pendant quelques jours ; au bout de 5 jours le halo commence à diminuer, mais la tache blanche persiste encore après 14 jours sous forme d'une plaque très nette ; examinée au microscope, on voit l'épithélium reformé, mais le tissu lacunaire est plus compact et il n'y a pas d'infiltration cellulaire.

Avec le même courant appliqué pendant 3 secondes seulement, le halo commence à disparaître déjà au bout de 2 jours : au bout de 15 jours, il ne reste qu'un léger nuage sur la cornée. Avec un courant de 1 milliampères cependant 7 secondes, les lésions se rapprochent assez de celles constatées dans l'expérience précédente, mais la regression est plus rapide et les traces laissées sur la cornée sont nulles au bout de 15 jours ; enfin, si l'on se contente de toucher simplement la cornée avec l'aiguille ; au bout de 2 jours, on ne voit plus rien sur la cornée.

Si l'on examine au microscope les lésions primitives on voit simplement que l'épithélium est détruit au niveau de l'électrolyse ; au centre, toutes les couches sont détruites ; à mesure qu'on s'en éloigne les lésions sont de moins en moins profondes, de telle sorte qu'il se forme une espèce de cratère dont les bords sont en pente très douce ; l'étendue de l'ulcération atteint 5 mil. au bout de 2 jours l'épithélium s'est reformé. C'est à cette espèce de rayonnement à distance de l'électrolyse que j'attribue son action sur la photophobie.

En tenant compte des indications fournies par ces expériences et par les observations cliniques, je procède donc de la manière suivante :

Dans tous les cas, l'intensité du courant ne doit pas dépasser 2 milliampères ; l'électrode positive est appliquée sur la tempe et sur l'os malaire ; l'électrode négative est constituée par la griffe de de Wecker, dont on peut n'utiliser qu'une seule dent, ou bien on se sert de la petite aiguille en platine qu'on utilise pour l'électrolyse des cils. Lorsque les lésions sont très étendues, qu'il ne suffit pas de toucher simplement la cornée, je conseille d'avoir recours à la narcose ; l'opération devient alors plus douloureuse et de plus longue durée. Dans le cas du pannus total, je promène rapidement la griffe de de Wecker sur la cornée et puis je fais une péritomie électrolytique, plus prolongée surtout aux endroits où les lésions sont le plus accusées. Si l'on est en présence de petites ulcérations de la cornée ou de kératites en bandelette, la narcose ne devient plus nécessaire, l'anesthésie locale à la cocaïne suffit. Chez l'adulte, on pourra écarter les paupières au moyen de l'index et du pouce de la main gauche et faire facilement une électrolyse ponctuée au moyen de la fourchette tenue de la main droite ; chez l'enfant, un aide écartera les paupières au moyen de l'écarteur de Desmarres.

Ce traitement, appliqué comme je l'indique, est d'une exécution simple et facile ; les résultats qu'il m'a donnés me permettent de dire qu'il peut prendre rang parmi les nombreux moyens préconisés pour le traitement des kératites, et qu'il sera surtout efficace dans les cas invétérés lorsque d'autres moyens auront échoué.

REVUE CLINIQUE

F. Antill. Pockley. — **Néoplasme primaire des gaines du nerf optique. — L'opération de Krœnlein. — Conservation de l'œil et d'une bonne vision.** (*The Australian med. gaz.*, Sydney, oct. 1901).

Le patient est un paysan d'apparence robuste âgé de 13 ans. Depuis six ou huit mois,

sans cause apparente, l'œil gauche était devenu proéminent et la vue avait diminué. Pas de coup ni de maladie inflammatoire. L'œil gauche était poussé directement en avant à un centimètre environ. Mouvements libres dans toutes les directions ; pas de diplopie, paupière supérieure un peu tombante comme dans le trachome. Pupille et tension normales. V. 5/12. L'exploration avec le doigt de la région inféro-externe de l'orbite donne une sensation vague de résistance. L'ophtalmoscope dénote une névrite optique modérée.

Diagnostic : tumeur rétrobulbaire située dans l'entonnoir musculaire, probablement attachée au nerf optique, mais ne l'impliquant pas directement.

Le malade fut admis à l'hôpital du Prince-Alfred le même jour et opéré le lendemain. Le Dr Hughes le vit avec l'auteur à l'hôpital et ils furent d'accord pour le diagnostic et l'opportunité de l'opération.

Opération : Incision curviligne jusqu'au périoste, commençant à la limite antérieure de la fosse temporale, environ un demi-pouce au-dessus du rebord orbitaire et se terminant sur le zygoma, à mi-chemin entre le canthus externe et le tragus, la convexité de la courbe se trouvant en bas et en avant, en face du canthus. L'avantage de cette forme de l'incision c'est que le lambeau se déplace en arrière sans difficulté. Le périoste fut incisé tout le long du bord extérieur de l'orbite et détaché de la paroi orbitaire externe.

Les os furent ensuite coupés dans trois directions. Ces sections furent faites partie à l'aide du ciseau et du maillet, partie au moyen d'une petite scie circulaire attachée à une machine dentaire que l'auteur a trouvée très commode et expéditive. La première section divisa horizontalement l'apophyse orbitaire du frontal à sa base ; la seconde passa obliquement en bas et en arrière du fond de la première incision osseuse et se termina dans la fente sphéno-maxillaire. La troisième divisa horizontalement l'apophyse frontale de l'os malaire et fut continuée en arrière jusqu'à la fente sphéno-maxillaire. Les trois incisions doivent être faites dans cet ordre. Si la troisième était faite avant la seconde, le ciseau ne trouverait pas assez de résistance pour faire cette section. Ainsi fut détaché un fragment triangulaire d'os mesurant verticalement environ un pouce un quart et un pouce d'avant en arrière. Ce coin d'os recouvert de ses tissus fut attiré en dehors et en arrière, puis, le périoste déjà détaché fut divisé horizontalement en arrière avec des ciseaux mousses, et le contenu de l'orbite fut facilement exploré.

Une tumeur ferme, unie, arrondie fut trouvée attachée au nerf optique sur une longueur de trois quarts de pouce. Elle fut enlevée du nerf sans grande difficulté. Elle était encapsulée et mesurait environ trois quarts de pouce de diamètre.

Il ne fut pas nécessaire de diviser le droit externe ni aucune autre partie. Suture au catgut du périoste (à peine nécessaire) ; suture de la peau au crin de cheval. Réunion par première intention. Les mouvements paraissent normaux, mais avec le verre coloré on décèle de la diplopie dans le regard à gauche. Cet obstacle à l'action du droit externe survient quelquefois, suivant Knapp, après l'opération. La légère chute de la paupière supérieure qui existait avant l'opération persiste. L'incision de la peau est indiquée par une très mince ligne. La névrite optique a presque disparu.

Les coupes furent faites par le Dr Cleland pour l'examen microscopique. L'examen fait par le Dr Rennie donna le résultat suivant : « Tumeur encapsulée présentant des hémorrhagies ayant l'apparence d'un glio-sarcome. Elle n'est probablement pas de nature maligne et il est vraisemblable que la récidive n'est pas à craindre. » C'est aussi l'opinion du Dr Cléland.

L'opération ne présenta pas de difficulté. On a l'immense avantage d'avoir un grand espace pour travailler et de voir facilement ce que l'on fait, comparativement avec les procédés qui s'attaquent de face à la cavité orbitaire, où l'on est obligé de tâtonner dans une poche étroite et obcure constamment remplie de sang. Dans un cas semblable, il serait d'ailleurs impossible d'enlever la tumeur sans faire l'énucléation.

Remarques. — Les tumeurs des gaines du nerf optique sont assez rares pour que tous les cas méritent d'être publiés. Les opérations pour les enlever sont déjà rares, mais encore moins fréquents sont les cas ou on les a enlevées sans énucléation. Swanzy dit : « Il est quelquefois possible d'enlever pareilles tumeurs et de conserver le globe oculaire en le déplaçant pendant l'opération ; mais, en général, il est néces-

saire de l'énucléer pour atteindre la tumeur ». Je ne multiplierai par les citations ; tous les auteurs disent la même chose. Noyes cite quatre cas où l'œil fut conservé, mais dans deux de ces cas il y eut suppuration. Knapp (*Archives*, mars 1900), rapporte un cas heureux opéré par le procédé de Krönlein. Dans « System of diseases of the eye » de Norris et Oliver, on lit : « Il peut être possible, comme le pense Czerny, d'enlever une tumeur du nerf optique en conservant la vision. La tumeur peut provenir de la gaine partiellement envahie et laisser le nerf optique indemne ».

Dans le dernier volume des « (Transactions of the Ophthalmological Society of the United Kingdom », Treacker Collins et Devereux Marshall écrivent : « Les cas de tumeur du nerf optique ou de ses gaines sont si rares que dans ces quinze dernières années on n'en a enlevé que deux à Moorfields Hopital sur un total de 388,000 malades, et dans le reste des publications de la Société, s'étendant sur une période de vingt ans, on n'en trouve publiés que cinq cas ». Dans tous ces cas l'œil avait été énucléé.

Quant à l'opération, elle a été faite pour la première fois par Krönlein et décrite par lui en 1887 dans « Beitrage zur Klinischen Chirurgie » pour un kyste dermoïde de l'orbite, mais elle ne paraît avoir été vulgarisée que par le travail de Braunschweig 1893. Knapp (*Arch. of. ophi.*, mars 1900) cite Schlodtmann qui a relevé depuis vingt-six cas dans lesquels la méthode de Krönlein a été employée, dont cinq fois pour des tumeurs du nerf optique.

Suivant l' « Oftalmic Review » de janvier, de cette année il n'y aurait eu jusqu'à cette époque que quarante cinq cas publiés de cette opération pour toutes les formes de tumeurs orbitaires, dont dix seulement pour tumeurs du nerf optique et deux pour tumeurs des gaines. D'après cela, ce cas paraît être le troisième des tumeurs des gaines enlevées avec conservation de l'œil et le treizième en comptant les tumeurs du nerf lui-même et l'auteur a l'heureux privilège d'avoir probablement publié le premier cas en Angleterre ou en Australie.

La forme anatomique la plus fréquente est le myxo-sarcome. Tous les auteurs s'accordent à dire que ces tumeurs sont bénignes et ne récidivent pas, même lorsqu'on n'en a enlevé qu'une petite portion. Deyl et Sattler (Norris and Oliver's System) confirment cette opinion, mais ils affirment que les néoplasmes ayant pris naissance dans la gaine sont beaucoup plus dangereux que ceux qui viennent du nerf lui-même, qu'ils croissent rapidement et que s'ils ont été incomplètement enlevés, ils récidivent promptement. Ils ajoutent que ce fait est très rare pour les tumeurs du nerf lui-même.

Dans ce cas, les symptômes paraissent avoir marché rapidement, mais on sait avec quelle inexatitude les parents observent parfois et on peut supposer que la protusion de l'œil avait commencé plus tôt. D'ailleurs, le nombre de cas est si faible et le temps qui s'est écoulé depuis l'extirpation de la tumeur est si court que nous ne pouvons pas connaître encore la marche de ces néoplasmes au point de vue de la récidive, mais dans ce cas l'opinion des confrères cités plus haut qui ont examiné la tumeur et aussi le fait qu'elle était encapsulée font espérer à l'auteur qu'elle ne récidivera pas.

Aprèe avoir écrit son travail, l'auteur a reçu avis des Drs Rennie et Cleland que la tumeur est un sarcome à cellules rondes encapsulée, mais de forme aberrante, et qu'ils ne supposent pas une récidive.

Parinaud et Roche. — **Angio-fibrome de l'orbite. — Modification au procédé de Krœnlein** (*Ann. d'ocul.*, oct. 1901.

Une jeune fille de 28 ans avait de l'exophtalmie de l'œil gauche depuis 1892. Cette exophtalmie, qui s'est sensiblement accrue depuis le début, a donné lieu de temps en temps à de la diplopie, mais elle n'a pas amené un affaiblissement bien notable de la vision. La malade a été suivie pendant sept années pendant lesquelles ont été notées les modifications de son état. Au début, il y avait, à l'œil gauche, une hypermétropie de 3 dioptries et la vision était : 5/25. Au bout de sept ans, l'exophtalmie étant plus marquée, la vision était de 5/35 et l'hypermétropie de 9 dioptries.

La tumeur fut extirpée par le procédé ci-dessous. C'était un angio-fibrome n'ayant aucun rapport avec le nerf optique.

Les auteurs font ainsi la critique du procédé de Krœnlein et de ses dérivés en leur repro-

chant de permettre difficilement l'écartement du lambeau externe, ceci pour le procédé pur de Krœnlein, car Jonnesco a paré à cet inconvénient en faisant deux incisions horizontales. Mais ils leur reprochent aussi de laisser une cicatrice verticale située en entier sur la partie latérale du visage et qui peut, par la rétraction, dévier un peu en dehors l'angle externe de la fente palpébrale.

Les auteurs décrivent ainsi leur procédé :

« Après avoir rasé soigneusement la région temporale et préauriculaire du patient, ainsi que la moitié externe du sourcil, nous faisons au niveau de l'implantation des poils de la région préauriculaire et temporale une incision verticale distante de 5 centimètres environ du rebord externe de l'orbite et longue de 4 à 5 centimètres. De l'extrémité supérieure de cette incision, nous en faisons partir une autre horizontale allant vers l'angle supéro-externe de l'orbite et dont l'extrémité orbitaire se recourbe légèrement en haut suivant la direction du sourcil dans laquelle elle vient se perdre. Une autre incision horizontale, parallèle à cette dernière, suit exactement l'arcade zygomatique et vient s'arrêter au niveau de l'angle inféro-externe de l'orbite. La peau est alors prise avec une pince à griffes et disséquée dans toute son étendue de façon à mettre à nu l'aponévrose temporale et le bord supérieur de l'arcade zygomatique. Le lambeau cutané ainsi obtenu est rabattu en dedans et laisse à nu devant les yeux l'aponévrose temporale, le bord externe de l'orbite et la partie moyenne du globe oculaire. Nous faisons alors l'hémostase du lambeau ; la temporale superficielle ayant été sectionnée, nous la prenons avec une pince de Kocher et nous pinçons de même les autres petits vaisseaux qui donnent abondamment.

« A partir de ce moment, notre technique redevient classique : le périoste est incisé sur le bord de l'os malaire, et, avec la rugine courbe, détaché de toute la paroi externe de l'orbite. Puis, avec un ciseau plat, nous faisons dans l'os une incision horizontale supérieure, à peu près au niveau de la suture fronto-malaire, et une inférieure parallèle à la première et dans le prolongement du bord supérieur de l'arcade zygomatique. Nous laissons le fragment osseux adhérent au muscle et à l'aponévrose temporale, dans laquelle cependant nous avons fait deux débridements horizontaux prolongeant en dehors les incisions osseuses. Le fragment osseux est recliné et maintenu avec un écarteur à griffes, le périoste orbitaire est sectionné et la cavité de l'orbite peut alors être explorée. Si quelques saillies osseuses nous gênent dans notre exploration profonde, nous les enlevons avec la pince-gouge.....,. »

Les auteurs donnent ensuite le détail du pansement et terminent en disant :

« 1° Pendant l'opération notre incision nous donne autant de jour que celle de Jonnesco et bien plus que celle de Krœnlein ;

2° Après l'opération : en premier lieu, les incisions étant très éloignées de l'angle de la fente palpébrale, tout danger de l'infection de la suture par les excrétions conjonctivales se trouve écarté, et les rétractions cicatricielles possibles ne peuvent influer en rien sur la fente palpébrale ; en second lieu, les sutures, cachées en grande partie par les cheveux et le sourcil sont peu visibles et laissent à peine des traces sur le visage du malade. »

Il nous a paru intéressant de rapprocher ces deux publications parce qu'elles apportent toutes deux une intéressante contribution à l'étude des tumeurs de l'orbite et aussi parce que chacune d'elles nous montre une modification du procédé de Krœnlein. Il est certain que Krœnlein conservera toujours le grand mérite d'avoir eu l'idée d'attaquer la cavité orbitaire par sa face externe, mais il est probable que la technique opératoire recevra de nombreuses modifications. Celles que nous font connaître les deux travaux précédents sont très dignes d'intérêt. Dans la technique de Antill Pockley nous retenons surtout l'emploi de la petite scie circulaire mue par la machine motrice des dentistes. Quant au procédé de MM. Parinaud et Roche, il paraît faciliter considérablement l'exploration de l'orbite en même temps qu'il supprime la cicatrice verticale fort disgracieuse.

R. J.

REVUE THÉRAPEUTIQUE

Traitement du décollement de la rétine par la méthode de Dor

Nous extrayons du *Zeitschrift für Augenheilkunde*, décembre 1901, les principales

conclusions d'un article publié par le Dr *Gallus*, de Hannover.

La méthode dite de Dor, tout en ne comprenant aucun moyen nouveau, constitue, d'après cet auteur, un ensemble de médications qui, ajoutées les unes aux autres se prêtent un appui mutuel ne pouvant que contribuer à la guérison. Ce sont :

1° les injections sous-conjonctivales de NaCl à 30 °/₀ ;

2° Les pointes de feu sur la sclérotique ;

3° les émissions sanguines à la tempe ;

Et enfin le décubitus pendant 6 semaines environ.

C'est un mode de traitement très douloureux et très difficile, mais qui donne en général d'assez bons résultats, surtout quand il s'agit de décollements de date récente et dus seulement à la présence d'un exsudat sous-rétinien, sans qu'il y ait encore ratatinement ou formation de brides du corps vitré.

L'injection sous la conjonctive d'une solution salée concentrée attirera par osmose les liquides des tissus attenants et soutirera une plus ou moins grande partie de l'exsudat sous-rétinien (Jocqs). Les cautérisations de la sclérotique en amincissant cette membrane facilitent la transsudation du liquide. Enfin la déplétion sanguine produite par l'application de ventouses ou de sangsues à la tempe apporte une modification réelle, mais encore mal expliquée de la circulation intraoculaire.

Naturellement le lieu d'application de ces différents moyens devra être aussi rapprochée que possible du siège du décollement, mais ces applications trop fréquemment répétées à la même place provoquent un état irritatif des tissus qui ne permet pas de trop fréquentes interventions.

La douleur provoquée par ces injections est quelquefois d'une extrême violence et peut durer jusqu'à 12 heures s'accompagnant parfois de nausées et de vomissements. (M. Gallus paraît ignorer l'action analgésiante puissante de l'acoïne, qui nous permet de faire presque sans douleur, même les injections de Dor, si l'on injecte une quantité d'acoïne suffisante) (1).

Dans 5 cas sur 8, le traitement amena un recollement complet de la rétine, mais la fonction ne se rétablit que dans une partie seulement de cette membrane, le champ visuel restant encore rétréci même pour le blanc. Le rétrécissement pour les couleurs étant la règle, même dans les cas les mieux guéris, comme Baas le premier l'a fait remarquer.

Le plus souvent, l'amélioration se produit dans les 8 jours qui suivent la première opération.

Gallus conclut que d'après sa propre expérience, *la méthode de Dor est applicable dans tous les cas où il s'agit d'un exsudat sous-rétinien primitif, et le recollement est d'autant plus probable et plus rapide que le décollement est de date récente, qu'il y ait ou non déchirure de la rétine ; même en cas de récidive, le traitement peut être encore suivi de succès.*

Mais ces résultats brillants ne sont pas toujours durables et les récidives sont si fréquentes qu'on ne peut recommencer souvent un traitement fort difficile et fort douloureux. Des 5 cas notés comme guéris, un seul l'est resté jusqu'à ce jour, un deuxième a eu une récidive et un troisième a été guéri 6 mois, un autre 10 semaines et le dernier 6 semaines seulement.

Il y aurait donc lieu de chercher à perfectionner cette méthode de traitement de façon à provoquer un accollement plus solide de la rétine, rendant impossible un nouvel épanchement sous-rétinien.

Piotrowski. — **Prophylaxie de l'ophtalmie purulente par le Protargol.** (*Wochenschrift, f. Hy. u. Th. des Auges.*)

L'auteur, s'appuyant sur une statistique qu'il a établie, recommande l'emploi du protargol dans la prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés, la solution de protargol à 20 %.

Dans 35 % de ces cas, il se produisit une inflammation conjonctivale qui guérit en 5 jours environ pour 7 % des cas. Pour remédier à cet inconvénient, on employa la solution de protargol à 10 % et toujours avec succès dans 1.030 cas. On n'observa de l'inflammation conjonctivale consécutive que dans 1,2 % des cas. L'auteur croit que le protargol est particulièrement indiqué dans la prophylaxie de la blennorrhée des nouveau-nés, il convient de remplacer le nitrate d'argent par la solution à 10 % de protargol.

(1) Voir Darier : *Leçons de thérapeutique oculaire basées sur les découvertes les plus récentes.* (Un vol. grand in-8°. Paris, 9, rue Bouffault, page 4.

Du Protargol dans le traitement de la blennorrhagie.

Par le Dr Kesjakoff (Sophia).

L'auteur a pratiqué sur 58 cas des injections de 5 minutes 2 fois par jour et le soir une injection de 30 minutes de durée avec des solutions à 1/4 et 1/2 %.

Il conclut que la plupart des cas guérissent dans la 3e semaine. Il arrive pourtant que le gonocoque ne disparaît qu'à la 5e semaine, mais c'est une rare exception, car :

Le protargol détruit admirablement le gonocoque. Le protargol n'aggrave jamais les phénomènes inflammatoires ; au contraire, il les atténue. Il peut être employé à toutes les périodes, et son emploi doit être continué jusqu'à ce que plusieurs examens microscopiques aient donné un résultat négatif.

Le protargol bien employé est le meilleur de tous les antiblennorrhagiques connus.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ D'OPHTALMOLOGIE DU ROYAUME-UNI.

Présidence de M. David Little.

Séance du 12 décembre 1901.

Tumeur anormale de l'orbite. — M. H. Work Dodd montre une femme de 39 ans, qui le consulta en octobre 1901 pour une tumeur de l'orbite. Onze ans auparavant, elle avait présenté une petite tumeur de la paupière supérieure qui en quatre ans avait atteint le volume d'un pois et qui fut enlevée. Deux ans après, sur la paroi externe de l'orbite se montra une petite masse, qui tomba et guérit à plusieurs reprises, mais qui finit par atteindre le volume d'une aveline. Le globe oculaire était repoussé du côté nasal et il existait dans la région préauriculaire un gonflement glandulaire. — Tout le contenu de l'orbite fut enlevé et l'os auquel la tumeur adhérait, gratté. La glande lacrymale était normale. L'examen anatomo-pathologique montre qu'il s'agissait d'une forme anormale de carcinome.

Cas présentés. — M. Juler : 1° un cas de pigmentation congénitale de la rétine située au niveau de la periphérie du fond de l'œil ; 2° altérations particulières de la macula à la suite de chorio-rétinite ; 3° un cas d'aniridie congénitale. — M. Treacher-Collins présente un enfant atteint d'épaississement congénital de la conjonctive, d'opacités cornéennes et d'une brèche de la paupière inférieure au niveau du canthus externe. — M. G. Brooksbank James montre plusieurs membres de la même famille (3 enfants) atteints de tabes dû à la syphilis congénitale. — M. J. R. Lawford, un cas anormal de chorio-rétinite due à la syphilis congénitale. — M. F. W. Roll : un cas d'altération localisée du fond de l'œil, suite de traumatisme. — M. J.-H. Fisher montre un cas d'ulcère cornéen (Mooren). — M. Cargyll : un cas de choroïdite. — M. Bishop Hormon présente un malade dont un œil mal développé montre une adhérence des procès ciliaires à la face antérieure d'un cristallin opaque. — M. Harman un réfractomètre.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(*Séance du 5 décembre*)

M. Gaucher. — **Chancre syphilitique d l'œil.**

M. G. présente un jeune garçon atteint d'un chancre syphilitique de l'angle interne de l'œil. L'enquête la plus minutieuse n'a pas permis de retrouver l'origine de l'infection.

M. Fournier fait remarquer que c'est en effet là un caractère presque constant des chancres du visage ; il est presque toujours impossible de remonter à la source de la contamination ; il est probable que ces chancres ont souvent pour origine une parcelle de salive, comme beaucoup de personnes en projettent involontairement en parlant.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE (Paris)

Volumineuse tumeur cérébrale de nature tuberculeuse observée chez un enfant.

MM. Lenoble et Aubineau (de Brest) adressent l'observation d'un enfant atteint d'abord d'hémiplégie cérébrale droite, avec *névrite optique œdémateuse*, et ensuite de méningite. A l'autopsie, on a constaté la présence de deux tubercules, l'un, énorme, au niveau des noyaux optostriés droits ; l'autre, plus petit, au niveau de la protubérance ; de plus, on a trouvé une méningite tuberculeuse cérébro-spinale. Aucune autre lésion tuberculeuse dans le reste

de l'économie, ce qui démontre que les deux tubercules du cerveau étaient primitifs.

Hémiplégie consécutive à une hémorragie cérébrale chez un diabétique.

MM. Klippel et Jarvis raportent l'observation d'un diabétique, tombé subitement dans le coma, suivi d'une hémiplégie gauche avec *ptosis* de la paupière du même côté. Dès le lendemain, le malade reprenait connaissance et l'hémiplégie disparaissait : on pensait à une paralysie diabétique par auto-intoxication, lorsque, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes moteurs, le malade mourut. A l'autopsie, on trouva un gros foyer d'hémorragie cérébrale en pleine capsule externe du côté droit.

BIBLIOGRAPHIE

Estevan Ginestous. — **Sur la mesure du proximum de convergence. — Un ophtalmo-dynamomètre.** (*Archivos de oftalmologia Hispano-Américanos*, n° 11, 1901.)

On connaît l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt pour mesurer l'amplitude de convergence.

« Cet instrument consiste en un cylindre de laiton noirci à l'extérieur qu'on peut appliquer comme une cheminée à toute bougie de calibre ordinaire. Le cylindre est percé d'une fente verticale recouverte d'un verre dépoli. Eclairée par la *bougie*, cette fente forme une ligne lumineuse verticale et constitue l'objet de fixation. Au pied de l'instrument est attaché un *ruban*, dont l'une des faces porte une division en centimètres, tandis que l'autre indique les nombres équivalents d'angles métriques. Pour déterminer le maximum de convergence, on approche l'instrument de la personne examinée, sur la ligne médiane, en la priant de fixer la fente et d'indiquer le moment où elle commence à la voir double. Cette diplopie se manifeste à l'instant où les muscles droits internes, ayant atteint la limite de leur contractilité, ne peuvent plus augmenter la convergence des lignes de regard. Il va donc y avoir divergence relativement à l'endroit où se trouve l'objet et celui-ci tendra à être vu en diplopie croisée. La division du ruban qui se trouve au niveau de l'un des yeux indique, à ce moment, à la fois la distance de l'objet et le nombre des angles métriques requis pour la vision binoculaire. » (*Arch. d'Opht.*, 1885, p. 100.)

Suivant M. Ginestous, l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt, bien qu'excellent en principe, présente cependant de sérieux inconvénients en pratique.

Dans les mesures faites à l'aide de cet instrument, ni le patient, ni l'appareil, n'ont une position fixe. L'observateur tient en main l'instrument et le place sur la ligne médiane devant les yeux de la personne examinée.

Il en résulte que l'instrument est plus ou moins bas, plus ou moins haut, trop en dehors ou trop en dedans. Il est également difficile pour la personne examinée d'éviter les mouvements de tête involontaires et de garder une immobilité, malgré tout nécessaire pour une mesure exacte. Enfin la mesure faite à l'aide du ruban métrique n'est pas non plus exempte de critique.

Ce ruban nécessairement très flexible, peut donner des résultats différents suivant qu'on exerce plus ou moins de traction.

Pour remédier à ces sérieux inconvénients, qui constituent des causes d'erreur, l'auteur a modifié ou, pour mieux dire, perfectionné l'instrument de Landolt.

Il a obtenu la fixité absolue de la tête du patient à l'aide d'un appui-tête pareil à celui du kératomètre de Javal et Schiotz.

Le front et le menton ont un point d'appui absolument fixe, ce qui supprime radicalement le premier des inconvénients. La tête peut se porter plus ou moins haut ou bas suivant l'âge de la personne examinée.

Au-devant de l'appui-tête et exactement sur la ligne médiane se trouve une tablette de 0,60 centimètres de long. Cette tablette est pourvue d'une mortaise qui a les dimensions exactes de la base de l'ophtalmo-dynamomètre de Landolt permettant ainsi à l'instrument de se mouvoir facilement.

Enfin, sur la tablette et sur son côté droit, se trouvent des divisions en centimètres ; sur le côté gauche la mesure des angles métriques.

Les trois inconvénients signalés plus haut : mobilité du patient, de l'appareil et flexibilité du ruban métrique se trouvent ainsi complètement corrigés.

De plus, la bougie, dont la flamme est vacillante a été remplacée par une lampe électrique plus fixe, plus facile à allumer.

Cet appareil est employé depuis deux ans

par l'auteur dans le service d'ophtalmologie de l'hôpital des enfants de Bordeaux, dans le service de M. Lagrange, et il a donné les meilleurs résultats.

M. Dianoux (Nantes). — **Opération conservatrice destinée à remplacer l'énucléation** (*Académie de médecine*, 31 décembre).

L'auteur s'élève contre l'abus de l'énucléation qu'il envisage particulièrement chez l'enfant comme une intervention déplorable, à cause de la difformité qui en résulte et qui s'exagère avec l'âge. C'est pourquoi, en dehors des tumeurs malignes du globe, des irido-cyclites infectieuses traumatiques, il préfère recourir à la chirurgie conservatrice. C'est surtout contre l'hydrophtalmie avec staphylome adhérent de la cornée qu'il intervient de la façon suivante.

Avec la pointe au rouge sombre, il pratique une cautérisation en forme d'étoile. Tous les rayons partent un peu en deçà des limites de la cornée et convergent vers son centre. Leur nombre est en raison directe de la surface de l'ectasie, mais en laissant presister un espace d'un millimètre au moins d'un rayon à l'autre, pour éviter la nécrose. Il cautérise d'abord très superficiellement pour dessiner la place de l'opération, puis il passe à nouveau par les mêmes raies jusqu'à intéresser au moins les deux tiers de l'épaisseur de la cornée, de manière à ne pas ouvrir la chambre antérieure. Cela fait, il trace au centre un cercle de deux millimètres de rayon, ou même plus, si l'ectasie est très considérable, évide en cupule le disque ainsi circonscrit, et perfore celui-ci au centre, en portant brusquement au rouge vif la pointe du cautère, de façon à laisser écouler l'humeur aqueuse.

On saupoudre au bismuth ; bandage compressif ; au bout de trois jours, lavage à eau bouillie, bismuth, collyre à la cocaïne et à l'ésérine, jusqu'à ce que la plaie soit bien détergée et bourgeonnante.

La cicatrice s'établit vite et, au bout de trois mois, la rétraction est assez avancée pour que l'on puisse bien apprécier le résultat définitif.

Quelquefois, il faut recommencer, car en opérant on doit redouter d'obtenir trop tout de suite, la rétraction se continuant plusieurs mois après. Quand la cicatrice est bien établie, on passe au tatouage, et l'on obtient ainsi un résultat cosmétique surprenant.

A. Dalen. — **Glaucome secondaire.** (*Wochenschrift fur therapie und Hygiène des Auges*, oct. 1901, 4.)

Il s'agit du glaucome après l'extraction de la cataracte. L'auteur a fait son travail sur la base de 11 observations personnelles et de 26 observations antérieurement décrites dans la littérature. Il distingue le glaucome après l'extraction simple ou l'extraction combinée, après la discision de la cataracte secondaire. Il conclut que le glaucome se présente plus fréquemment, non comme on pourrait s'y attendre, dans l'extraction simple mais dans l'extraction combinée.

D'après ses examens anatomiques l'auteur croit qu'il faut en chercher la cause dans les processus réparateurs qui se passent du côté de l'iris ou de la capsule, processus où interviennent d'une part l'oblitération des voies de communication et les modifications du liquide, de la chambre antérieure, d'autre part le traumatisme irien. Ainsi par la prolifération des cellules du tissu cornéen au niveau de la blessure, les voies de communication de la chambre antérieure peuvent se trouver bloquées, il peut se produire une augmentation de la pression par suite de l'adhérence du bord de l'iris avec la cataracte secondaire.

L'élévation de la tension qui se produit après la discision de la cataracte secondaire provient ordinairement de troubles de communication entre la chambre postérieure. Le glaucome secondaire post opératoire se distingue du glaucome primitif dans un œil opéré de cataracte. Le glaucome après la discision d'une cataracte secondaire est d'un pronostic favorable si les myotiques sont sans résultats, on aura recours à l'iridectomie. La meilleure prophylaxie consiste en une bonne technique opératoire.

PRODUITS ET PANSEMENTS POUR L'OPHTALMOLOGIE
Ballons Pipettes stérilisés pour collyres aseptiques.
PANSEMENTS AU **CELLULIN HYDROPHILE** (PAPIER DE BOIS DE PIN)
CHEVRETTIN et LEMAITE, PHARMACIENS DE 1re CLASSE
Fournisseurs des Hôpitaux.
24, Rue Caumartin, PARIS. TÉLÉPHONE : **245-56**